

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

679

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Rose BITTNER

Née le 8 mars 1905, à Bucarest (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

VAGINITE ET DU VAGINISME

A LA MÉNOPAUSE

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Rose BITTNER

Née le 8 mars 1905, à Bucarest (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

VAGINITE ET DU VAGINISME

A LA MÉNOPAUSE

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale .
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Qui m'ont toujours entourée de la plus
douce affection.*

En témoignage de mon amour filial.

A MON FRÈRE HENRI

*En faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON CHER MARI

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO

Officier de la Légion d'honneur
Chirurgien des Hôpitaux

En reconnaissance de l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé.

A M. LE DOCTEUR DOUAY

Ancien interne, lauréat des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Chef de travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca

*Ma profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner.
Pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli dans son service et nous a guidée dans notre travail.*

A MADAME LE DOCTEUR FRANCILLON-LOHRE

Chevalier de la Légion d'honneur

Ancien interne des Hôpitaux

Médecin de la Consultation de Gynécologie

de l'Hospice de la Salpêtrière (service du Professeur Gosset)

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous guida de ses conseils.*

*Avec l'expression de notre respectueuse
gratitude.*

A NOS MAITRES DANS LES HÔPITAUX

- M. LE PROFESSEUR CARNOT
- M. LE PROFESSEUR SERGENT
- M. LE PROFESSEUR LAUNAY
- M. LE PROFESSEUR LESNÉ
- M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
- M. LE PROFESSEUR LEMAITRE
- M. LE PROFESSEUR TERRIEN
- M. LE PROFESSEUR CLAUDE
- M. LE DOCTEUR CATHALA, accoucheur.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA, maladies infectieuses.
- M. LE PROFESSEUR LEGUEU
- M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

Grand Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de la Salpêtrière

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien recevoir notre profonde
reconnaissance.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
VAGINITE ET DU VAGINISME
A LA MÉNOPAUSE

INTRODUCTION

La vulvo-vaginite et le vaginisme sont deux affections qui s'observent fréquemment chez les femmes jeunes. Dans ce cas, la vaginite est souvent causée par l'infection blennorragique, le vaginisme apparaissant ordinairement après les premiers rapports sexuels.

Ces questions sont bien étudiées dans les ouvrages classiques.

Dans notre travail nous étudierons les accidents similaires observés au moment de la ménopause par suite de l'atrophie consécutive à la castration naturelle ou chirurgicale. Cette atrophie produit un rétrécissement de l'orifice vulvaire qui peut se compliquer, soit par infection surajoutée, de vaginite, soit par contracture des releveurs de l'anus, de vaginisme. Ces trois lésions anatomiques (atrophie, vaginite et vaginisme) s'associent souvent pour produire une affection très pénible pour les malades et très délicate à guérir pour le médecin.

Nous voudrions, dans ce travail, étudier les causes de cette affection, et surtout exposer les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition. Nous avons essayé de grouper ce que nous avons trouvé sur ce sujet, en y apportant le fruit de nos propres observations.

Ces observations ont été recueillies à la consultation de gynécologie du Service de M. le Professeur Gosset, sous la direction de M^{me} le D^r Francillon-Lobre, qui a bien voulu nous enseigner avec M^{lle} le D^r Gaboriau, la pratique des traitements de haute fréquence.

Si la lecture de ce travail pouvait amener par un traitement rationnel l'amélioration ou la guérison de quelques cas de vaginite et de vaginisme, notre but serait pleinement atteint et nous nous réjouissons d'avoir fait œuvre utile.

GÉNÉRALITÉS

La vaginite, inflammation du vagin, simple conduit mettant en communication l'orifice externe des organes génitaux et le col utérin, est liée à celle de ces deux organes. C'est la propagation d'une vulvite ou d'une infection utérine qui provoquera la vaginite. Nous l'appellerons *vaginite secondaire exogène*.

Rarement les microbes apportés du dehors envahiront directement la muqueuse vaginale. Appelons-la *vaginite primitive exogène*.

Dans d'autres cas il n'y a aucune lésion vulvaire ou cervicale. La vaginite est due à une irritation purement locale où la malpropreté a le rôle prépondérant. Divers troubles de la santé générale influent de leurs côtés sur la muqueuse vaginale : la sénilité, le diabète, certaines dermatoses : eczéma, prurit, bref les troubles diathésiques par ralentissement de nutrition. Nous appellerons cette catégorie *vaginite primitive endogène*.

Dans tous les cas, il faut une circonstance minime pour exagérer la virulence des microbes qui se trouvent normalement sur le tractus génital, ou diminuer la résistance des tissus, pour provoquer une infection. Les femmes, après la ménopause, ont l'orga-

nisme troublé à la suite de l'arrêt du fonctionnement de l'ovaire et des troubles des autres glandes endocrines. Elles localiseront donc facilement l'infection sur la muqueuse vulvaire, vaginale ou sur le col utérin.

Cette vulvo-vaginite sera le point de départ d'une contracture spasmodique du constrictor vulvo-vaginal et des autres muscles du périnée, avec hyperesthésie.

Nous voulons parler d'un syndrome appelé depuis Marion Sims vaginisme. Cette affection peut avoir comme origine d'autres lésions, d'autres causes.

Une lésion urétrale : polypes, fissures ; ou anale : hémorroïdes, fissures. Et même une lésion des organes génitaux profonds : métrite, rétroflexion utérine, phlegmasies péri-utérines, polypes et fibromes. Nous nous demandons si en pareil cas ce n'est pas à la leucorrhée provoquée et entretenue par ces inflammations profondes et à l'irritation qu'elle entraîne qu'il faut rattacher l'origine du vaginisme plutôt qu'à ces maladies elles-mêmes. D'autres fois le vaginisme pourra être essentiellement primitif ; il se grefferait alors, sur un terrain névropathique.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Normalement la muqueuse vaginale, grâce à sa structure dermo-papillaire qui la rapproche de la peau, et à l'absence presque complète des glandes, protège suffisamment le vagin contre les innombrables microbes qui y pullulent (Winter a trouvé dans ce conduit 27 espèces microbiennes différentes). Il existe parmi eux de nombreux saprophytes : strepto-bacilles ; bacilles longs comme le *B. vaginalis*.

D'autres germes : le bacille pseudo-dyphtérique, le colibacille, le streptocoque, le staphylocoque et même les anérobies.

La muqueuse atrophiée et fatiguée après les nombreuses congestions (menstrues, grossesses, accouchements et irritations (injections fréquentes) qu'elle a subies pendant sa vie génitale, devient un *locus minor resistentiae* par rapport au reste de l'organisme. Les microbes qui, dans ces conditions normales, sont inoffensifs, n'attendent qu'une défaillance de l'organisme d'ordre général ou local, pour provoquer l'infection.

La vaginite secondaire exogène provient de la propagation ascendante d'une vulvite ou de la propagation descendante d'une métrite. Les microbes,

après s'être fixés quelque temps sur la vulve ou le col utérin au niveau desquels ils ont subi une première culture, vont ensuite envahir la muqueuse vaginale où ils vont subir une augmentation de virulence. L'infection se fait habituellement par la continuité des muqueuses, et s'aggrave d'une réaction du côté des lymphatiques comme en témoigne la tuméfaction ganglionnaire du pli de l'aîne qui accompagne la vulvo-vaginite. L'infection est favorisée par l'atrophie de l'appareil génital, consécutive à la ménopause. L'orifice vaginal est très étroit, des brides parcourent la lumière du canal, ce qui amène une certaine rétention des sécrétions et des débris épithéliaux qui prépare aux microbes un terrain de culture propice à leur évolution.

La vaginite primitive exogène, venue directement du dehors, est apportée par le coït, quelquefois par des attouchements répétés, par des objets de toilette, linges, éponges, canules, instruments. Ainsi peuvent être apportés les microbes vulgaires de la suppuration et la vaginite est alors à staphylocoques ou à streptocoques. La malpropreté est un facteur de prédisposition.

La vaginite primitive endogène provient de l'exagération de la virulence des microbes normaux du vagin. Les streptocoques, staphylocoques, coli-bacilles, les anaérobies, qui vivent d'habitude dans le vagin en saprophytes inoffensifs vont attendre diverses circonstances, le plus souvent qui traumatisent et irritent la muqueuse, pour devenir pathogènes.

L'irritation est la conséquence directe des traumatismes : coups violents d'instruments, lésions dues aux corps étrangers, pessaires mal entretenus, tampons de pansement appuyant trop sur la muqueuse et la traumatisant, brûlures produites par des injections trop chaudes ou par des liquides caustiques ; fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales. Cette vulvo-vaginite irritative sera à la base du vaginisme dit symptomatique pour le différencier du vaginisme dit essentiel qui se produit sans lésion apparente (Doléris).

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Le terrain occupe le premier plan. On sait que la ménopause prédispose aux troubles génitaux d'origine nerveuse, et inversement aux troubles nerveux d'origine génitale. Mais toutes les femmes, heureusement, ne sont pas également aptes à localiser des manifestations nerveuses sur les voies génitales. Une prédisposition est transmise par la constitution émotive et ses conséquences, par l'hérédité, le neuro-arthritisme acquis ou héréditaire, comprenant en outre toutes les classes de maladies dites par ralentissement de nutrition : goutte, diabète, lithiases : c'est la diathèse névralgique.

Ajoutons les débilitées, surtout certaines dyspepsies gastro-intestinales, les femmes qui se plaignent d'anomalies endocriniennes ; toutes celles dont le système nerveux, en souffrance ou en équilibre instable, n'attendent qu'une occasion pour accrocher à un or-

gane un cortège de symptômes qui lui appartient. Cette prédisposition nerveuse trouvera son origine dans un surmenage de toute nature, intellectuel, moral ou physique (marche prolongée, usage de la machine à coudre, maladies éruptives, gripes). Paul Dalché s'attache à montrer le rôle des glandes endocrines sur la pathologie des organes génitaux à la ménopause.

Que l'affection soit d'origine exogène ou endogène, elle trouvera un lieu de fixation sur la muqueuse vaginale, étant donné les transformations qu'elle subit au moment de la ménopause qui la met en état de réceptivité à l'invasion microbienne.

Après la ménopause, les organes génitaux de la femme commencent à s'atrophier par troubles tropho-névrotiques dus à la suppression des hormones ovariennes, soit par castration chirurgicale, soit par atrophie physiologique. L'atrophie porte à la fois sur l'utérus, le vagin et la vulve, ou avec prédominance sur l'une de ces trois parties.

L'atrophie vulvo-vaginale nous intéresse particulièrement. Le calibre du vagin se rétrécit, l'orifice vulvo-vaginal est étroit et rigide, les petites lèvres sont atrophiées. La muqueuse vaginale est amincie et fragile, les rides disparaissent, laissant la muqueuse vaginale de plus en plus lisse. Sur la paroi rougeâtre on voit parfois des zones blanchâtres scléreuses et des brides vaginales. Il suffit que sur ces lésions trophiques, avec diminution de la résistance vitale des éléments cellulaires, une infection banale se déve-

loppe pour voir apparaître des troubles inflammatoires particuliers.

C'est ce que M. Douai appelle la *vaginite trophique*. Dans ce cas les brides, les ulcérations qui se forment à l'entrée du vagin ou sur la muqueuse, l'atrésie vulvo-vaginale déterminent chez quelques femmes le vaginisme tardif avec douleurs telles qu'un spasme réflexe persistant peut en être la conséquence. Comme on le voit, le mécanisme intime paraît être une action réflexe partant des nerfs sensitifs et aboutissant aux phénomènes moteurs. Pour que le réflexe sensitivo-moteur se produise il faut une région hyperesthésiée de l'appareil génital et une prédisposition nerveuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est Ruge qui a décrit le premier la vaginite sénile. Elle présente un aspect spécial dû aux modifications que l'âge imprime à tout l'appareil génital.

La paroi vaginale est sensiblement atrophiée, pâle, les plis normaux ont tendance à disparaître. La congestion est peu diffuse, elle se montre par place sous la forme de petits bouquets vasculaires très dilatés et parfois d'ecchymoses.

Le revêtement épithélial est aminci ou détruit, laissant voir des saillies applaties dont le centre se ramollit et s'ulcère, ce qui amène souvent la formation de brides, d'adhérences et de rétrécissement du vagin.

Dans le derme de la muqueuse on note du tissu scléreux décrivant sur la paroi des zones blanchâtres, qui contribuent aussi au rétrécissement. Les érosions sont plus fréquentes que chez les jeunes. A cette forme se rattache, pour Pozi, ce qu'on décrit sous le nom de vaginite miliaire, de vaginite vésiculeuse (Eppinger) dans laquelle l'épithélium est soulevé par un exsudat séreux.

SYMPTOMES

Les manifestations cliniques de la vaginite des femmes à la ménopause sont en rapport avec les modifications que la muqueuse vaginale subit pendant cette période. D'où la marche un peu spéciale. Les vaginites aiguës sont rares ; il existe plutôt des vaginites chroniques. Dans certains cas, on se trouve en présence d'une *vaginite banale* due à la malpropreté de la région. Elle se manifeste par des pertes grisâtres assez abondantes que leur fétidité rend au premier abord suspectes. L'examen montre une muqueuse uniformément rouge, saignante, mais dont les rides et les plis sont peu accusés. Quelquefois, cependant, il existe des brides transversales en amont desquelles les sécrétions sont en partie retenues et c'est à ce niveau que les lésions présentent leur maximum d'intensité. Après avoir détergé les surfaces malades au moyen d'une injection ou d'un tampon imbibé d'une solution antiseptique faible, on peut voir des érosions entourées de membranes grisâtres, sur une muqueuse lisse, rouge, facilement saignante.

Doleris décrit une forme de vaginite diathésique qu'il compare non sans raison à un *exanthème*. Elle survient chez des femmes arthritiques qui après leur

ménopause sont atteintes pour la plupart d'eczéma, d'herpès, de prurit et d'autres dermatoses chroniques.

Elle s'annonce par de vives démangeaisons, quelquefois par une cuisson assez pénible se faisant sentir à l'orifice du vagin et plus profondément sur toute son étendue. En général, le suintement est modéré, caractérisé par un liquide séro-muqueux, jaunâtre, presque toujours sans trace de pus. Le vagin présente une coloration rouge très accentuée, tantôt généralisée à toute l'étendue de la muqueuse, tantôt apparaissant en plaques irrégulières. On y distingue çà et là de petites arborisations vasculaires, ou parfois des taches ecchymotiques un peu plus larges qu'une lentille. Au fond du vagin, le col atrophié ne présente aucune altération appréciable, ni aucune sécrétion anormale. Ces vaginites offrent fréquemment cette intéressante particularité de coïncider ou d'alterner avec diverses manifestations cutanées vraisemblablement de même nature, c'est-à-dire apparaissant sous l'influence des troubles diathésiques.

Des accidents analogues s'observent souvent chez les *diabétiques* ; on constate alors que la muqueuse, loin d'être tuméfiée et épaissie comme dans les autres vaginites, tend plutôt à diminuer d'épaisseur. Les rides du vagin disparaissent, laissant une surface de plus en plus lisse. La muqueuse s'atrophie manifestement et c'est sans doute sous cette influence que les écoulements sont très modérés malgré les irritations dont elle est le siège.

La *vaginite trophique* est une expression dont se

sert fréquemment M. Douay, chef des travaux gynécologiques dans le Service du Professeur Jean-Louis Faure.

La vaginite trophique est liée à l'atrophie sénile de l'appareil génital qui se traduit macroscopiquement par une rétraction sclérosante de la vulve, du vagin et de l'utérus. Elle se produit sans distinction après suppression physiologique des ovaires, après castration chirurgicale ou sous l'influence des rayons X. Cette atrophie est souvent à peine ébauchée, mais à sa phase ultime, va provoquer au niveau de la vulve la rétraction vulvaire appelée *Kraurosis vulvae*, avec ou sans leucoplasie ; au niveau du vagin, la rétraction vaginale sous forme de sténose en entonnoir ou de rétrécissement circulaire du vagin, enfin sur l'utérus, la sclérose utérine ; si bien que cet organe est diminué, rétracté, avec sténose de l'orifice cervical. Les atrophies, qu'elles siègent sur la vulve, sur le vagin ou sur l'utérus, sont essentiellement des troubles trophiques non inflammatoires. Dans une seconde phase, sur ces tissus appauvris en éléments cellulaires et nutritifs avec diminution de résistance vis-à-vis des microbes, une infection banale se logera facilement et on verra apparaître sur l'utérus la métrite sénile, sur le vagin la vulvo-vaginite trophique.

Cliniquement elle se traduit par de la leucorrhée. D'origine vaginale, elle est constituée par un liquide blanc laiteux miscible à l'eau qui n'empêche pas le linge. Quelquefois ce sont des sérosités rosées sans

glaires, quelquefois des sécrétions purulentes malodorantes. Ces pertes sont très irritantes pour la vulve, acides au tournesol et provoquent un prurit tenace. Elles s'accompagnent d'une sensation de brûlure, de cuisson et la muqueuse vaginale est sensible au contact.

A l'examen, l'orifice vulvaire est rouge avec un pointillé hémorragique et souvent se forment de petites érosions très sensibles au toucher. Le spéculum pénètre avec peine, à cause du rétrécissement de l'anneau vulvo-vaginal et de la sensibilité de la région, ainsi que de la nervosité de la malade qui craint la douleur provoquée par cet examen. Le vagin est rouge et en le déplissant il laisse perler de petites gouttes de sérosité ou même de sang. On peut voir par places, des zones blanchâtres, scléreuses, avec tendance au rétrécissement du calibre vaginal ou à la formation de brides. Ces brides sont transversales, formant des cloisonnements incomplets sur divers points de la hauteur du vagin. Parfois elles sont circulaires, portant sur toute la circonférence du vagin ou prennent l'aspect falciforme ne siégeant que sur une partie de cette circonférence. On rencontre parfois des brides superposées formant 3 ou 4 cloisonnements plus ou moins complets. Le plus habituellement, lorsqu'il existe une bride unique, elle se trouve au tiers supérieur du vagin, au voisinage du col, tantôt en diaphragme, tantôt en croissant ; elle peut masquer complètement le col.

L'origine de ces brides est peu connue ; tout au

moins peut-on croire qu'elles puissent provenir du processus de sclérose survenant à cet âge, car dans leurs structures prédomine le tissu fibreux. Si on les incise, elles se reforment en général assez promptement. Les mucosités s'accumulent sur leur face supérieure et il en résulte des vaginites chroniques localisées. Les malades que nous avons observées et qui présentaient cette affection, avaient presque toujours une corpulence au-dessus de la moyenne allant jusqu'à l'obésité. Signalons dans leurs antécédents quelques manifestations nettes de l'arthritisme : eczéma dans l'enfance, fragilité des voies respiratoires, coryzas, embonpoint ayant débuté de bonne heure, troubles dyspeptiques avec coliques hépatiques, constipations, hémorroïdes, accès de goutte, diabète, etc... En somme, troubles généraux de tous les organes de la nutrition, symptômes d'intoxication surtout alimentaire. Quand on examine les urines, on décèle parfois du sucre en quantité variable s'accompagnant d'une abondante exagération des sels phosphatiques et uratiques.

FORMES CLINIQUES

D'après les causes locales ou générales, d'après les symptômes associés, on pourrait décrire au point de vue clinique différentes formes de vaginite.

Vaginite avec métrite.

Coexistence des deux affections, vraisemblablement la vaginite étant étendue par suite de la continuité de la muqueuse, à la propagation de la métrite. Se traduit cliniquement par des pertes jaunes verdâtres épaisses, rougeurs localisées au fond du vagin avec prédominance dans le cul-de-sac postérieur. Souvent la surface du col macère dans le pus, desquame et paraît ulcérée.

On voit également du pus sourdre de l'orifice cervical, mélangé ou non à des gouttes sanguinolantes. A l'extérieur, ces pertes, liées aux sécrétions vaginales plus liquides, prennent un aspect plus fluide.

Ces pertes s'accompagnent parfois de prurit, à cause de l'acidité de l'écoulement.

Le prurit peut être tenace et accompagner un reliquat de vaginite chronique. Au cours des métrites et des vaginites avec écoulement abondant, le prurit

s'accompagne d'une réaction locale caractéristique, qui, dès le premier coup d'œil permet souvent le diagnostic. En effet à la face interne des cuisses on voit une rougeur vive rappelant la plaque de lymphangite. Celle-ci s'atténue avec le temps, laissant la place à une pigmentation notable de la région. La vulve, le vagin, l'urètre, le pourtour de l'anus, sont rouges, Le tout, avec cuissos, brûlures, qu'exaspère le passage de l'urine. Dès qu'on calme la grosse inflammation de l'utérus et du vagin par un traitement gynécologique approprié, l'irritation diminue puis les démangeaisons cessent.

Vaginite et eczéma. Herpès.

Lorsque la vaginite s'accompagne de lésion eczémateuse elle est de même origine que l'eczéma et relève de l'arthritisme, du diabète, de l'intoxication gastro-hépatique. Les fautes d'alimentation : café, thé, alcool, aggravent encore le terrain. La constipation, les troubles de la ménopause, l'insuffisance endocrinienne, les troubles nerveux s'associent à ces troubles diathésiques et favorisent l'intoxication de l'organisme. Le surmenage, les émotions donnent une intensité nouvelle à ces actions toxiques.

L'eczéma apparaît par crises et pendant la ménopause au moment où les malades devraient avoir leurs règles.

Il semble influencé par les états congestifs.

Il se caractérise par des petites vésicules siégeant

sur les grandes lèvres et la peau avoisinante, qui éclatent spontanément ou après grattage, laissant transsuder un liquide citrin.

Plus tard, il se forme sur la peau rouge, épaisse, une croûte jaunâtre mélicérique décrivant des plaques plus ou moins étendues. En même temps que cette éruption cutanée il se produit du côté des muqueuses, vulvaire et vaginale, une sorte d'inflammation caractérisée par de larges placards rouges irréguliers au contour peu net, mal dessiné, couverts parfois de petites vésicules.

Les malades ressentent des brûlures très vives, des démangeaisons atroces qui les forcent à se gratter et à s'infecter ultérieurement.

L'herpès : l'irritation de la vulve par l'écoulement acide des vaginites chroniques favorise l'apparition d'éruptions herpétiques.

L'herpès vulvaire et péri-vulvaire est caractérisé par des vésicules transparentes, réunies en un ou plusieurs groupes, peu nombreuses ou multiples (formes discrètes et formes confluentes). Cette dernière est généralement accompagnée d'un léger embarras gastrique fébrile.

Une sensation de cuisson, de chaleur, et des démangeaisons accompagnent le début de l'éruption. Lorsque les vésicules ont éclaté elles laissent de petites ulcérations superficielles très douloureuses, à bords arrondis s'il s'agit de vésicules isolées, à contours polycycliques ou irréguliers lorsqu'il y a groupement, cas le plus fréquent.

Les poussées d'herpès confluent, peuvent donner lieu à des adénites inguinales douloureuses, et d'une façon exceptionnelle à des ulcérations étendues, diphtéroïdes : vulvites couenneuses de Brunneau, d'où s'écoule un liquide muco-purulent. Si on passe le doigt sur ces lésions eczémateuses ou herpétiques très douloureuses, une contraction vulvo-vaginale peut se déclancher.

Vulvo-vaginite et diabète.

Le diabète provoque des modifications de la peau et de la muqueuse éminemment favorables à la pululation des germes et au développement d'inflammations prolongées.

Elle s'annonce par des démangeaisons vulvaires, des sensations de brûlure et de cuisson. L'écoulement est modéré, c'est plutôt un suintement séro-muqueux sans odeur et sans pus.

La muqueuse est rouge par places, amincie. Les rides du vagin disparaissent et sa surface devient de plus en plus lisse.

La muqueuse s'atrophie manifestement et c'est sans doute sous cette influence que l'écoulement est si diminué malgré l'irritation locale. Le prurit vulvaire qui l'accompagne peut se trouver dans des cas de diabète minime, 0,50 centigrammes de sucre par jour. Dans le diabète intermittent l'examen peut porter jusqu'au moment où le sucre fait défaut.

Le diabète est fréquemment observé au moment de la ménopause.

Le pancréas, envisagé comme glande endocrinienne, semble être synergique dans une certaine mesure de l'ovaire et être stimulé par lui. Aussi, l'arrêt de la fonction ovarienne produit une inertie temporaire de l'activité pancréatique qui peut se traduire par une diminution du coefficient d'utilisation des sucres et même l'apparition des symptômes diabétiques.

On a pensé qu'il y avait chez les diabétiques une substance nocive circulant dans le sang et qui irritait les terminaisons nerveuses de toute la surface cutanée et muqueuse. Ce rôle pourrait être rempli par l'urine diabétique qui outre le sucre qu'elle contient est encore modifiée dans sa teneur en acide urique, chlorures, phosphates, éliminés en quantité exagérée.

Très certainement outre la maladie glycosurique, il faut encore une prédisposition individuelle spéciale, probablement variable avec chaque malade. Prédisposition nerveuse chez les unes, intoxication caféique ou autre, chez d'autres, ou tout simplement prédisposition locale par défaut d'hygiène, et constipation habituelle avec congestion des organes pelviens. C'est ainsi qu'on peut voir et sous l'influence de la glycosurie, une variété d'éruptions vulvaires, groupées sous le nom de diabétides : Ce sont des lésions eczématoïdes avec gerçures, pustules, furoncles et même des petits abcès, qui apparaissent par suite des lésions de grattage, de l'irritation directe due à l'urine sucrée, et du développement de ferments variés et microbiens. Ces éruptions et ces

irritations que cause le diabète du côté des organes génitaux externes, sont des points de départ de vulvites, de vulvo-vaginites et de vagitisme, mais l'inflammation n'a guère tendance à envahir les organes profonds ; elle s'arrête à la partie inférieure du vagin.

Vaginite trophique et vaginisme.

La vaginite trophique, inflammation se greffant sur une muqueuse atrophiée, amincie et fragile, pourra être par ses symptômes et ses complications, le point de départ du vaginisme.

Les pertes jaunâtres, peu épaisses, avec du pus, ou même les sérosités rosées sans pus, sont irritantes pour la vulve et donnent fréquemment des brûlures, du prurit vulvaire et, par la suite, des ulcérations.

La muqueuse vaginale irritée est très sensible. Les ulcérations, qu'elles soient trophiques ou infectieuses, peuvent être le point de départ d'une douleur vive qui par réflexe sensitivo-moteur donnera le vaginisme.

Le vaginisme se compose de deux éléments : hyperesthésie vulvo-vaginale et contracture. En théorie la contracture se manifeste sur le constricteur de la vulve, si l'hypéresthésie siège à l'orifice génital externe. Inversement, la contracture porte sur le releveur de l'anus, lorsque la sensibilité réside surtout au fond du vagin.

Mais le plus souvent les deux muscles se tétanisent à la fois, quel que soit le point de départ du réflexe.

Dans des cas plus rares, les phénomènes réflexes gagnent les sphincters de la vessie, du rectum, ainsi que la plupart des muscles du périnée (Verneuil).

Le vaginisme peut s'accompagner de névralgies multiples : iléo-lombaires, pelviennes, de coccygodynie, de dysurie. Les crises ont une durée variable.

L'étroitesse de l'orifice vaginal due à l'atrophie vulvaire de la ménopause, le spasme du constricteur vulvo-vaginal rendent les rapports douloureux et l'examen presque impossible.

L'affection s'accompagne de prurit et les résultats du grattage sont des ecchymoses, des érosions, des ulcérations et des suintements désagréables masquant parfois la lésion causale.

La leucorrhée entretient l'irritation vulvo-vaginale et c'est pourquoi il faut traiter la vulvo-vaginite avant tout.

A l'examen qui sera fait avec beaucoup de précaution, on voit l'orifice vulvaire rouge avec pointillé hémorragique et souvent des petites érosions très sensibles au contact.

Le spéculum qui doit être très petit, pénètre difficilement et laisse voir une muqueuse rouge, qui, déplissée, fait sourdre des petites gouttes de sérosités ou même de sang.

Les vaginites trophiques après la ménopause avec spasme concomitant, évoluent avec une persistance déconcertante pour les médecins. Elles sont justifiables, à cause de l'élément nerveux, qui fait de ces malades des sujets prédisposés, du traitement élec-

trique de haute fréquence, sous sa forme d'effluvation.

Vaginite trophique avec kraurosis vulvaire.

Le kraurosis vulvaire est un syndrome caractérisé par l'atrophie scléreuse progressive des téguments cutanéomuqueux de la vulve, déterminant la rétraction des parties atteintes et par suite la sténose de l'orifice vaginal.

Les causes sont mal connues : la syphilis et la suppression de la fonction ovarienne, soit par castration chirurgicale, soit par atrophie physiologique, semblent avoir une influence certaine.

Pour Tibierge, il ne serait qu'une des localisations d'un processus atrophique qui intéresse en même temps d'autres muqueuses : celles du vagin, de l'utérus, de la bouche, et qui s'accompagne aussi d'un état de sénilité certaine. Ce kraurosis paraît lui aussi attaché à un terrain arthritique.

Le début est insidieux. Il s'annonce par du prurit vulvaire, des névralgies irradiées pénibles, de la douleur au moment des rapports, d'une sensation de tension et de gêne à la miction et à la défécation, et d'une leucorrhée concomitante.

Quand on examine la vulve, on voit que les grandes lèvres sont flétries, amincies. Les petites lèvres sont atrophiées, quelquefois disparues ainsi que le capuchon et le frein du clitoris. La réaction s'étend à la région du vestibule et de l'hymen, l'orifice vaginal se rétrécit notablement.

Il y a une décoloration générale de la vulve. Au commencement jaune, la muqueuse devient plus tard blanche, d'aspect cicatriciel : c'est le kraurosis blanc. Mais il y a aussi un kraurosis rouge dans lequel la muqueuse est parsemée de taches dues au développement anormal de petits vaisseaux. La peau et la muqueuse n'ont plus leur souplesse normale, elles sont devenues dures et rugueuses. Leur résistance est aussi diminuée, elles se fissurent facilement et deviennent le siège d'érosions multiples. Les poils sont cassants. Le kraurosis peut coexister avec la leucoplasie qui, comme le fait remarquer Jayle, est une lésion épidermique tandis que le kraurosis est une lésion dermique. Lorsqu'il y a en même temps leucoplasie, on note une sclérose très nette du derme de la muqueuse et une hypertrophie des couches épithéliales. L'orifice vaginal est tellement rétréci que le doigt y pénètre difficilement : il y est enserré comme par un anneau fibreux.

Si la sténose vaginale permet l'introduction du spéculum, on peut voir les lésions de la vaginite trophique.

Vaginite essentielle.

On observe quelquefois une forme spéciale de vaginite en dehors de tout processus infectieux. Elle évolue sans cause apparente et dans l'état actuel de nos connaissances n'est pas susceptible d'être rattachée à aucune étiologie. Ces vaginites se caractérisent par une sensation de brûlure, de cuisson presque per-

manente, avec rougeur très vive de la muqueuse, sans suintement excessif. Elle s'accompagne quelquefois de prurit.

Bien que nous ne puissions rien préciser au point de vue étiologique, et puisque par leur définition même, ces vaginites sont de causes inconnues, il semble pourtant qu'elles se rencontrent plutôt chez des femmes nerveuses et arthritiques dont le foie, le rein fonctionnent médiocrement. Quelques-unes ont un excès d'acide urique, d'autres présentent diverses réactions cutanées : prurit, eczéma. C'est donc toujours le terrain qui intervient.

On a étudié l'importance des glandes à sécrétion interne et on sait que ces organes ont des actions variées.

On sait que les ovaires influent non seulement sur les phénomènes de l'ovulation et de la menstruation, mais encore que le résultat de leur fonctionnement se manifeste sur l'organisme entier. Les phénomènes de sclérose, de régression de l'ovaire qui aboutissent à la disparition de la ponte ovulaire et du flux menstruel, entraînent en même temps la suppression de sa sécrétion interne. Sans connaître de façon précise le rôle exact de cette sécrétion, on sait qu'elle a une action antitoxique, hypotensive, modératrice des nerfs du cœur, accélératrice des processus de combustion et d'oxydation.

La suppression des règles a peut-être comme effet la rétention dans l'organisme d'une toxine, non identifiée au point de vue chimique, mais qui paraît exis-

ter au point de vue clinique : la ménotoxine. Cette toxémie est à la base des troubles humoraux, qui produirait l'irritation de la muqueuse vaginale, le prurit, ou l'eczéma concomitant, sans glycosurie ou albuminurie forcée. Enfin, on sait que d'autres glandes interviennent pour favoriser ou entraver l'action des ovaires et Dalché, Renon, Léopold Lévy et Rothschild montrent les relations intimes qui existent physiologiquement entre ces organes et le corps thyroïde. Ce dernier peut présenter lui aussi un fonctionnement défectueux, soit par insuffisance soit par hyperfonctionnement. Assez fréquemment il présente une instabilité qui rend l'analyse des symptômes plus difficile, les malades différant totalement suivant les moments où on les examine.

Dans ces dernières années on a pu montrer qu'une autre glande, l'hypophyse, présente elle aussi par son fonctionnement des rapports étroits avec l'ovaire et le corps thyroïde.

Toutes ces glandes à sécrétion ne pouvant pas aider ou suppléer à la déchéance de l'ovaire et répondre aux besoins de l'organisme, vont mettre celui-ci en état d'infériorité et provoquer l'infection.

Vaginisme essentiel.

Comme le prurit essentiel et la vaginite essentielle de la ménopause, le vaginisme de même nature apparaît sans aucune lésion locale primitive, et en pareille circonstance le vaginisme est très rebelle.

Blondel a insisté sur « l'hyperesthésie vulvo-vaginale paroxystique » de ces cas.

Les lésions de grattage, du prurit, sont secondaires et non primitives et ce vaginisme qui accompagne le prurit ne doit pas être mis sur le compte des exco-riations qu'on peut rencontrer.

La plupart de ces malades sont des nerveuses qui présentent des réflexes défensifs considérables. Quelquefois ces malades sont des dégénérées, des hystériques, des neurasthéniques. Il se peut que cette neurasthénie soit acquise, à la suite des souffrances réelles endurées lors des rapports antérieurs, desquels la malade a gardé un mauvais souvenir, ou après des habitudes invétérées d'onanisme. La contracture est locale ou s'étend jusqu'aux adducteurs des cuisses. Cette forme s'observe aussi chez les femmes qui ont subi une grande opération chirurgicale pour fibrome, annexites chroniques, suppuration pelvienne ou chez les femmes traitées par les rayons X ou par le radium.

Richelot a exposé un cas de vaginisme chez une femme opérée d'appendicite. Dans la majorité des cas, ces diverses theurapeutiques, si elles n'ont laissé aucune sténose du vagin, aucune bride cicatricielle dans les premières voies génitales ou dans le cul-de-sac de Douglas, n'entraînent pour elles aucune complication locale et la plupart de ces malades opérées reprennent la vie conjugale avec plus ou moins d'entraînement. Il en est qui complètement guéries et en très bonne santé se plaignent que les rapports sexuels

leur causent d'intolérables douleurs, au point qu'elles sont obligées d'y renoncer même quand elles sont encore jeunes. Or, lorsqu'on examine ces malades, qui prétendent que même l'introduction de la canule leur est insupportable, on constate que l'exploration vaginale se fait avec la plus grande facilité et ne révèle absolument rien d'anormal. On introduit un doigt, deux doigts, on introduit le spéculum, on le retire ouvert sans que la malade s'en aperçoive, sans aucune résistance ni protestation de la malade.

Aussi s'agit-il, dans la plupart de ces cas, de simples troubles névrosiques, certaines malades sont persuadées d'emblée qu'elles ne seront plus femmes après l'intervention. On ne saurait donc trop lutter à l'avance contre cette auto-suggestion et de les encourager dès leur première plainte. Il résulte de tout ceci que le principal rôle revient à l'arthritisme (eczéma, brûlure, fissures, prurit, herpès, ulcérations, hémorroïdes, constipations) dans le vaginisme symptomatique et au nervosisme, dans le vaginisme essentiel. De plus, dans le vaginisme symptomatique, il faut aussi tenir compte d'une excitabilité spéciale du système nerveux. Les deux surviennent toujours consécutivement au déséquilibre endocrinien dû à la suppression de l'hormone ovarienne.

Evolution des vaginites.

Les vaginites trophiques essentielles et diathésiques de la ménopause ont une marche lente et sont

sujettes à des récidives. L'inflammation chronique d'une muqueuse sénile a tendance à produire des phénomènes de sclérose et de rétraction qui augmentent encore la tendance sénile au rétrécissement ; de sorte que les deux phénomènes morbides : atrophie sénile et rétraction inflammatoire, s'associent pour augmenter les troubles pathologiques. Elles peuvent, exceptionnellement, par voie lymphatique, donner des suppurations pelviennes ou des infections à distance.

Pour le vaginisme l'évolution n'est pas toujours la même ; si la lésion initiale est guérie, les troubles nerveux s'atténuent et le spasme cède progressivement.

Quand les désordres sont anciens, ils sont presque toujours compliqués d'un élément psychique qui rend la guérison beaucoup plus incertaine. Alors même que l'hyperesthésie n'existe plus ou qu'elle s'est atténuée, la contracture peut persister. L'effluvation donnera dans ces cas les meilleurs résultats.

TRAITEMENT

Pour obtenir la guérison de ces vaginites et du vaginisme il faudra instituer un traitement général et un traitement local.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Comme on est en présence de malades neuro-arthritiques il faut : remonter leur état général, calmer leur nervosité et accélérer les combustions dans l'intimité de leurs organes de nutrition et de leurs tissus.

Un séjour à la campagne au grand air, sans cure d'altitude, leur réussit. L'hydrothérapie est aussi à conseiller. Pour calmer leur irritabilité nerveuse on pourra leur donner une préparation à la valériane.

Dans tous les cas, il faudra insister sur le régime alimentaire comme pour les dermatoses et surveiller le fonctionnement de l'intestin.

Régime. — S'abstenir du café, du thé, du chocolat, de l'alcool, du vin, des liqueurs ; des substances sensibilisantes : œufs, poisson, coquilles de mer, crustacés, gibier, charcuterie, conserves de poisson ou de viande, fromages salés et fermentés, fraises ; d'ali-

ments épicés et salés, de choux, de chou-fleurs, de tomate, d'oseille. Pas de graisse, sauf beurre frais. S'alimenter avec : eau naturelle ou mieux encore eau minérale alcaline, eau de Vichy-Célestins, 150 à 200 grammes trois quarts d'heure avant chacun des trois principaux repas ; lait, viandes rôties et grillées, légumes verts, fruits cuits et fromage blanc.

Hygiène du tube digestif. — On veillera sur la régularité des gardes-robes, la constipation agissant ici à la fois comme cause d'ordre général, par l'intoxication chronique qu'elle entraîne, et comme cause locale, par la congestion du petit bassin, par les hémorroïdes qui l'accompagnent si fréquemment. Donner par exemple une à deux cuillerées à café d'huile de ricin par jour.

Si les malades se plaignent de diarrhées, comme il arrive parfois à la ménopause, la médication opiacée (laudanum, élixir parégorique), les astringents (tanin, ratanhia) rendront grand service.

On ne négligera pas l'examen de la dentition pour trois raisons :

1° Une mauvaise dentition entraîne une mauvaise mastication, d'où des digestions difficiles et même incomplètes ;

2° Les caries dentaires peuvent être une cause de prurit généralisé, à plus forte raison vont-elles entretenir un prurit occasionné par une lésion locale, leucorrhée dans notre cas, ou même prurit simplement nerveux ;

3° Une pyorrhée alvéolo-dentaire toujours plus fréquente après 40 ans, peut entretenir une cause permanente d'intoxication, les malades avalant, avec leur salive, de véritables cultures microbiennes. Nous avons attiré l'attention sur ce dernier point, car généralement la question du système dentaire est totalement négligée des gynécologues.

Siredey a émis l'hypothèse que tous les troubles vaso-moteurs qui surviennent à la ménopause: céphalée, vertiges, sueurs, bouffées de chaleur, sont dus, malgré leur apparence congestive, non à la pléthore mais à une toxémie momentanée. Cette toxine provoquerait aussi le prurit. Il faudrait donc, pour favoriser l'évacuation de ces toxines, augmenter la diurèse et stimuler les éliminations. On surveillera les urines et on combattra par des soins appropriés l'excès d'acide urique, l'insuffisance des éliminations, le sucre. Ce traitement hygiénique trouvera un adjuvant de premier ordre dans des cures thermales en rapport avec l'état général des malades : Vichy, Brides, conviendront aux obèses et aux dyspeptiques ; Châtel-Guyon, à celles qui sont constipées ; Royat, Pougues, aux nerveuses dont l'estomac est irritable ; Evian, Vittel, Contrexeville, Bains-les-Bains, Capvern, à toutes celles dont les urines sont chargées de sable et qui ont tendance à l'hypertension.

Enfin, nous avons mentionné dans les chapitres précédents le rôle que jouaient les hormones des glandes à sécrétion interne dans le bon fonctionnement de tous les appareils ; que ces glandes sem-

blaient suppléer les ovaires absents, qu'elles dépendaient les unes des autres et que dès que l'équilibre était rompu, il y avait un état d'infériorité dans la constitution de l'individu, qui favorisait l'activité pathogène des agents infectieux.

TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE

Le traitement opothérapique bien conduit aura certainement son efficacité.

On prescrira des petites doses d'ovaire ou de corps jaune, soit pur, soit associé à la thyroïde ou à l'hypophyse, suivant qu'il existera de la faiblesse avec tendance à l'obésité, ou de l'hypertension. En cas d'hypotension, on y ajoutera de la surrénale. On fera disparaître de la sorte la plupart des troubles intéressant l'appareil circulatoire, le tube digestif et ses annexes, ainsi que les accidents cutanés.

Il est impossible de tracer une règle générale dans l'administration des extraits endocriniens ; on devra se laisser guider par les symptômes de chaque malade et par les effets produits. Pourtant, voici les doses que nous donnons habituellement :

Le traitement thyroïdien exige une surveillance attentive. Léopold Lévi et de Rothschild ont insisté sur l'influence manifeste qu'exercent les petites doses et sur l'inutilité et les inconvénients des grandes doses. De plus, certains sujets présentent de l'instabilité thyroïdienne, si bien qu'ils ne supportent pas toujours la même dose. La médication doit être sus-

pendue au premier signe d'éréthisme cardio-vasculaire : le pouls ne doit pas dépasser 100 pulsations par minute au repos. L'apparition de diarrhées, d'insomnies, devra faire diminuer ou suspendre le traitement. C'est pourquoi il est prudent de commencer par petites doses de 5 à 25 milligrammes que l'on donnera de préférence au repas de midi, pendant un temps qui variera de 10 à 20 jours par mois.

L'extrait total d'ovaire peut être pris à la dose de 20 à 40 centigrammes par jour, mais ne pas en abuser car des troubles congestifs s'ensuivent.

L'extrait hypophysaire total se donne à la dose de 5 à 10 centigrammes.

L'extrait de surrénale est indiqué à la dose de 10 à 20 centigrammes par cachet, en trois fois par jour.

Il est presque toujours préférable de recourir à l'opothérapie pluriglandulaire, en raison de la solidarité des glandes endocrines.

TRAITEMENT LOCAL

La vaginite et le vaginisme à la ménopause seront soignés par un repos général relatif et un repos sexuel complet.

Dans les cas de vaginite avec métrite, les injections émollientes (décoctions de têtes de pavot : 20 têtes pour un litre d'eau bouillie ou de racine de guimauve : 20 gr. pour 1.000) apportent au malade un grand soulagement. Elles doivent être faites 2 à 3 fois par jour. Dans l'intervalle, pour calmer l'irri-

tation, on leur fera faire des onctions avec diverses pommades :

Vaseline	18 gr.
Lanoline	12 gr.
Oxyde de zinc	10 gr.
Camphre	2 gr.

ou avec du cold-cream frais.

Dès que les douleurs ont diminué on leur donnera des injections antiseptiques faibles, au protargol à 1 pour 100 par exemple.

On traitera l'eczéma qui accompagne la vaginite et le vaginisme par des lotions chaudes, étendues de coaltar saponinées, et par des applications de pommade à l'oxyde de zinc avec 5 à 10 pour 100 de goudron.

Bien entendu, il faut traiter la vaginite et le vaginisme et instituer un régime de désintoxication.

Dans la vaginite et le vaginisme accompagnés d'herpès, le traitement consiste à entretenir une grande propreté de la vulve, à pratiquer au début de l'éruption des bains prolongés, des lavages au sulfate de zinc à 1 %. On saupoudrera ensuite les lésions avec de l'oxyde de zinc. Instituer ensuite un régime alimentaire et surveiller l'intestin.

Contre la vaginite trophique avec kraurosis, le traitement doit être avant tout médical : propreté extrême, injections à l'eau de pavot, de tilleul, pommade analgésiante à la cocaïne, effluves pour faire tarir les sécrétions. Contre l'atrophie sénile, tout traitement reste inactif. Contre l'atrésie de l'anneau

vaginal certains auteurs ont employé la dilatation brusque, d'autres, l'excision au bistouri des tissus malades.

Dans la vaginite essentielle, comme traitement local, on arrivera à un soulagement rapide par des pommades anti-prurigineuses quand il y a prurit ou des lésions prurigineuses. Pour soigner la vaginite, que ce terrain nerveux rend rebelle à tout traitement médical, il y aurait intérêt à essayer les effluves.

Comment traiter la vaginite diabétique ? Tout d'abord le traitement du diabète lui-même s'impose et dans un grand nombre de cas on verra le prurit s'arrêter et la vaginite s'améliorer. On supprimera le contact de l'urine avec les parties irritées en faisant après chaque miction un lavage à l'eau bouillie additionnée d'une cuillerée à soupe de bicarbonate de soude par litre.

La vaginite elle-même sera traitée par : injections à l'eau oxygénée pour combattre les écoulements fétides, par des injections émollientes ne dépassant pas 40°, mélangés à des décoctions de têtes de pavot ou de racine de guimauve, pour soulager les douleurs. Les antiseptiques réussissent mal.

Toucher les fissures au nitrate d'argent à 1 pour 50.

Soigner l'irritation vulvaire et vaginale par des pommades analgésiantes. Exciser les polypes en cas de vaginisme.

La dilatation avec les doigts n'est guère efficace ; la vulve avec lésions trophiques ne se prête pas à cette dilatation. Dans le Service du Professeur Faure,

M. Douay conseille la pâte glycérine-kaolin qui donne des bons résultats. Mais comme beaucoup de ces malades sont nerveuses et ne tolèrent aucun pansement à demeure, nous avons fait suivre, d'après les indications de M^{me} le D^r Francillon-Lobre, les courants de haute fréquence sous la forme d'effluations.

En effet, Denikers et Meurs (les courants de haute fréquence ou d'arsonvalisation en gynécologie) ont montré les effets encourageants de l'effluvation dans les vaginites et le vaginisme. Elle diminue la leucorrhée et calme le prurit, action si rapide qu'on est en droit de se demander si elle ne détruit pas les toxines de la peau.

Elle cicatrise les plaies et les ulcères — elle excite la vitalité des tissus et a probablement un rôle antiseptique.

M^{me} le D^r Francillon-Lobre et le D^r Rouché (*Bulletin médical* des 18 et 21 février 1925) ont étudié l'action des effluves de haute fréquence sur des cultures microbiennes et sont arrivés à conclure que les effluves produisent un appel leucocytaire, ce dernier agissant sur l'élément microbien.

Et enfin, l'effluvation a des effets sédatifs, analgésiques et anesthésiques, effets qui doivent être attribués à une action des courants sur les extrémités nerveuses, qui conduit à une diminution de l'excitabilité et à une inhibition du système nerveux sensitif. Il n'y a que sur les muqueuses, comme le fait remarquer Oudin, qu'il est possible d'avoir une anesthésie complète et de profondeur appréciable, ce qui nous

fait croire que, contrairement à ce qui se passe pour la peau, les couches profondes sont influencées et atteintes par la vaso-constriction.

En cas de vaginisme, la douleur causale calmée ainsi que l'excitabilité des nerfs sensitifs de la région hyperesthésiée, et les autres névralgies diffuses associées, les muscles seront obligés de se détacher de leur contracture de défense, et les réflexes seront annihilés.

De leur côté, Laquerrière et Léonard, certifient que « les courants de haute fréquence modifient la trophicité et la circulation de la région traversée, excite la vitalité cellulaire et souvent ils y ont une action analgésique. Ils intéressent en moindre proportion l'ensemble de l'organisme : régularisation de la nutrition, de la diurèse, des excreta urinaires, de l'élimination des toxines, de la circulation générale ».

Deniker fait remarquer que les lésions inflammatoires réservées au traitement électrique, doivent être des lésions anciennes absolument éteintes.

Bar et Oudin, en 1910, avaient présenté une note indiquant des guérisons rapides de vaginisme par la haute fréquence.

Pour l'application, on se sert d'appareils producteurs d'effluves qui sont assez simples. Ils se réduisent à un condensateur chargé automatiquement par une bobine d'induction et produisant par une décharge oscillante, des courants amplifiés par le résonateur d'Oudin. Les appareils doivent produire une tension allant jusqu'à 50.000 volts.

L'extrémité du résonateur est liée à l'électrode : tube à vide, en verre, cylindrique, dont l'extrémité est métallique et communique avec l'appareil. Ce tube se colore de fluorescences, sa coloration ne dépend pas de la tension, mais seulement de la raréfaction plus ou moins poussée de l'air dans le tube. La coloration est rose pour un vide peu poussé ; elle est d'autant plus blanche que le vide est plus parfait.

L'isolement complet des courants de haute fréquence n'est pas possible ; il faudra se contenter d'un isolement relatif ; les électrodes seront montées à l'extrémité d'un cylindre d'ébonite, servant de poignée. Autant que possible, les malades seront placées sur un sol sec et isolant et ne devront pas toucher aux appareils. Nous nous sommes servi d'électrodes de Mac Inbyre.

Ces électrodes sont très faciles à stériliser : on les nettoie à la teinture d'iode, on les passe à l'alcool et avant de s'en servir on les enduit de vaseline. Pour un opérateur soigneux il n'y aura donc jamais d'infection.

Au cours de la séance, le tube sera déplacé sur toute la surface de contact du vagin, pour que toute la surface de la muqueuse, pour que tous les culs-de-sac soient intéressés. On donnera en même temps au tube des mouvements de latéralité, de circumduction, pour que chaque rétrécissement, ou tout le calibre du vagin, subisse une sorte de dilatation.

La séance dure 10 à 15 minutes et sera répétée tous les deux jours. Le nombre de séances varie suivant

la nature, la gravité et suivant les réactions plus ou moins vives de la maladie.

Quelquefois les symptômes cessent dès la troisième ou quatrième séance, mais généralement on fait 12 à 15 séances et, quand l'affection est rebelle, on suspend le traitement pendant 7 à 10 jours et on refait une série de 12 à 15 séances.

M^{me} Francillon nous conseille de déterger le conduit vaginal et le col utérin avec un tampon à l'acide picrique à 1 pour 100 après chaque séance.

La rapidité de la guérison dépendra de la nature et de la gravité de l'affection causale, de la patience et de l'habileté de l'électrothérapeute. De toute façon, il faudra toujours se demander pour quelle raison le cas reste rebelle.

On recherchera s'il n'existe pas une cause diathésique ; si la malpropreté n'entretient pas les lésions ; si la malade ne fait pas de lavages au savon ou avec d'autres préparations médicamenteuses irritantes ; si elle n'entretient pas le prurit par des lésions de grattage qui aboutissent à l'eczéma et à la lichénification ; et enfin si elle n'est pas sujette aux idiosyncrasies alimentaires. Faute de reconnaître toutes ces causes susceptibles d'entretenir la maladie, le traitement électrique échouera.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical est à essayer au cas où le traitement médical est resté sans résultat. On

pourra recourir à la dilatation brusque sous-anesthésie, à la section du sphincter vaginal, à la neurotomie du nerf honteux interne, méthode qui est rarement appliquée actuellement.

OBSERVATIONS

(Observations recueillies dans le Service du Prof. Gosset,
à la consultation de Gynécologie,
et observations personnelles).

OBSERVATION n° 1

Vaginite chez une nerveuse.

M^{me} G. J..., 36 ans. Pas d'enfant. Hystérectomie totale.

Vient consulter à l'Hôpital de la Salpêtrière le 15 mars 1933 pour des pertes grisâtres, fétides et des douleurs lombaires, dont elle souffre depuis un an.

Antécédents personnels : a eu des règles abondantes, douloureuses, irrégulières, qui la rendaient extrêmement nerveuse.

En 1929, a subi une hystérectomie totale pour fibrome, à la suite de laquelle est survenue la ménopause, entraînant une exacerbation de son irritabilité. Est devenue émotive, très accessible à la colère, pleure sans raison. Cet état nerveux se produisant surtout au moment de ses crises douloureuses, en même temps que ses pertes s'accroissent. Malaises, bouffées de chaleur fréquentes. Appétit diminué, digestion pénible, constipation.

Début de l'affection actuelle il y a un an.

Examen :

Toucher : vagin lisse dans sa partie supérieure, brides transversales.

Pas d'utérus.

Spéculum : muqueuse rouge, saignante surtout dans le fond du vagin avec plis effacés.

Dans le fond du cul-de-sac postérieur, érosion grise.

Traitement général :

I. — Extrait d'ovaires en piqûres une tous les deux jours ;

II.

Valérianate d'ammoniaque 1 gr.

Sirop de menthe 30 gr.

Eau de tilleul 20 gr.

Une cuillerée à soupe 3 fois par jour dans une infusion de tilleul.

III. — Huile de ricin : une cuillerée à café tous les soirs.

Traitement local : Attouchement de la petite érosion avec nitrate d'argent au 1/50^e.

Injections à l'eau bouillie oxygénée (8 cuillerées à soupe pour 2 litres).

Effluves : 2 séries à 15 séances avec repos d'une semaine entre les deux.

Après la première série nous constatons : la muqueuse est moins rouge, les pertes ont diminué, malade plus calme.

Après la 2^e série, la muqueuse est décongestionnée, les pertes sont minimales, la bride est plus lâche.

La guérison étant lente à obtenir et la malade difficile à soigner à cause de son tempérament nerveux ;

nous lui conseillons d'aller se reposer à la campagne et de revenir nous voir dès son retour.

Le 20 juin elle revient après un mois de séjour au grand air complètement guérie de son affection génitale. Tempérament plus équilibré.

RÉSUMÉ. — Malade atteinte sans cause apparente d'une vaginite banale. Peut-être faut-il rechercher du côté de son terrain névropathique et dans sa toxicité gastro-intestinale, une cause favorable à la reviviscence des microbes habituels du vagin.

OBSERVATION n° 2

Vaginite trophique et vaginisme.

M^{me} J. G..., âgée de 45 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche.

Vient consulter à l'Hôpital de la Salpêtrière le 23 novembre 1933 pour des pertes jaunâtres, fétides, irritantes, brûlantes et abondantes, et pour du prurit.

Antécédents personnels : Réglée à 12 ans. Ses règles étaient abondantes avant son opération pour fibrome (histérectomie subtotale) pour un kyste de l'ovaire (ovarectomie), et pour son appendice (appendicectomie). La ménopause consécutive lui donne des migraines fréquentes.

Début de l'affection par des pertes jaunâtres de plus en plus abondantes. Elles provoquent des brûlures à l'intérieur du vagin, et du prurit vulvaire qui force la malade à se gratter invinciblement ; crises de spasme vulvo-vaginal durant 3 heures mais laissant après elles une contracture légère continue.

Tension artérielle : 10 1/2—7.

Examen : Lésions de grattage sur la vulve.

Petite fissure sur le bord de l'orifice vaginal.

Toucher : vagin lisse, rétréci, avec repli semilunaire à sa partie supérieure, laissant passer difficilement le doigt.

Col normal, petit, sans aucune lésion.

Spéculum : vagin rouge, plaques ecchymotiques. Accumulation de pertes jaunâtres sur la partie supérieure du repli qui laisse mal voir le col. La douleur s'y surajoute.

Traitement général :

Extrait total d'ovaire ..	} àâ. 0,30 cgr.
Hypophyse	

Un cachet au petit déjeuner tous les jours.

Traitement local : effluves.

OBSERVATION n° 3 (Personnelle)

Vaginite trophique.

M^{me} T. E..., 42 ans. Pas d'enfant.

Vient consulter le 22 octobre 1933 pour des pertes blanches datant de sept mois.

Antécédents personnels : a été régulièrement réglée depuis l'âge de 12 ans.

En novembre 1931, elle a subi une ovariectomie droite et une appendicectomie, faits qui ont provoqué sa ménopause.

Depuis lors, la malade se fatigue rapidement, a des bouffées de chaleur et des céphalées.

Début de l'affection actuelle il y a sept mois, par des pertes blanches abondantes, brûlures à la miction et rapports douloureux.

Examen :

Toucher : orifice vaginal rétréci ne permettant pas l'introduction de 2 doigts.

Vagin douloureux, rétracté, culs-de-sac sans souplesse.

Col atrophié, mobile.

Spéculum : parois vaginales irritées avec pointillés hémorragiques, saignant facilement au contact du spéculum.

Col petit sans aucune lésion.

Traitement général : extrait total d'ovaire, en piqûres, une tous les deux jours ; 6 piqûres.

Traitement local : effluviation : 2 séries.

Muqueuse moins rouge après 3 séances, pertes diminuées après 7 séances. Après 12 séances, amélioration notable.

Nous donnons sept jours de repos et nous recommandons le traitement. La seconde série a amené la guérison de l'affection.

Résumé. — L'atrophie vaginale, suite de la ménopause, favorise l'infection qui guérira par l'opothérapie ovarienne et l'effluviation.

OBSERVATION n° 4

Vaginite et diabète.

M^{me} G. M..., âgée de 58 ans. Deux enfants. Pas de fausse couche.

Vient consulter à l'Hôpital de la Salpêtrière le 16 mai

1933 pour des brûlures vulvo-vaginales intenses, démangeaisons et douleurs dans le bassin depuis trois mois.

Antécédents personnels : réglée à 11 ans. Règles douloureuses et irrégulières. Ménopause à 49 ans. Obésité. Constipation habituelle, santé délicate. Fatigues.

Début de l'affection actuelle il y a trois mois.

La malade souffre de son prurit d'une façon atroce, empêchant tout sommeil, Pertes blanches minimales.

Polyurie et dysurie.

Examen local : vulve tuméfiée, rouge, avec lésions de grattage. Diabétides : furoncles, pustules, eczéma.

Toucher : vagin douloureux.

Utérus en bonne position.

Col normal.

Spéculum : muqueuse vaginale amincie, fragile, dépliée. Col sain.

On fait l'analyse de l'urine et on trouve 90 centigrammes de sucre.

Traitement général : régime anti-diabétique.

} Extrait d'ovaire : 10 centigrammes.
} Extrait thyroïdien : 5 centigrammes.

Un cachet avant les deux principaux repas.

Traitement local : lavages avec solution de bicarbonate de soude.

Effluves : 2 séries de 10 séances.

La malade a quitté le Service avec ses lésions cicatrisées, disparition des pertes, tonification de la muqueuse qui n'est plus sensible.

RÉSUMÉ. — Malade atteinte de vulvo-vaginite d'origine diabétique, guérie sous l'action du traitement.

OBSERVATION n° 5 (Personnelle)

Vaginite et vaginisme.

M^{me} R. I..., âgée de 60 ans, 4 enfants. Pas de fausse couche.

Vient consulter le 13 mars 1934 pour des pertes blanches irritantes, et parce qu'elle souffre quand elle introduit sa canule à injection, depuis huit mois.

Antécédents personnels : réglée à 14 ans. Règles régulières, normales. Ménopause à 50 ans sans grands troubles endocriniens. Elle est devenue nerveuse à la suite de nombreux soucis.

Nausées fréquentes, constipation. N'a souffert d'aucune affection génitale.

Début de l'affection actuelle il y a huit mois par des douleurs lombaires et pelviennes, tiraillements, cuissons, brûlure à l'intérieur du vagin, et leucorrhée.

Quatre mois après ces symptômes, pour lesquels la malade prenait des injections, elle a remarqué que son vagin devenait plus étroit ; que l'introduction de la canule lui provoquait une vive douleur qui serrait davantage son orifice vaginal. Elle a attendu quatre mois que l'affection s'arrange, dit avoir consulté des médecins, sans constater aucune amélioration.

Examen : vulve un peu irritée ; sur le pourtour de l'orifice vaginal une petite ulcération.

Toucher : difficile avec un doigt ; on le fait doucement et on constate un calibre rétréci ; plus loin vers le col le doigt est arrêté par une bride circulaire.

En le dépassant avec beaucoup de difficulté, on sent un petit col, scléreux.

Spéculum : parois pâles, déplissées, avec petites arborisations vasculaires.

Près du col, une érosion.

Col petit, atrophie.

Traitement général : 0,30 cgr. d'extrait total d'ovaire, cinq jours par semaine.

Huile de paraffine : 1 cuillerée à soupe.

Traitement local : injections à la décoction de têtes de pavot.

Effluviation : Après la première série de 12 séances, nous constatons une diminution notable de la leucorrhée, une souplesse des culs-de-sac vaginaux, et l'orifice vaginal laisse passer un spéculum plus grand.

Les ulcérations sont à la fin de leur cicatrisation. Après la deuxième série de 12 séances, le calibre vaginal est élargi depuis son orifice jusqu'au col les ulcérations sont cicatrisées et la malade n'a plus de pertes.

OBSERVATION n° 6

Vulvo-vaginite trophique avec léger kraurosis.

M^{me} Ch. C..., 68 ans. Pas d'enfants, pas de fausse couche.

Vient consulter le 15 mai 1933 pour douleurs pelviennes qui durent depuis un an et pour prurit vulvaire.

Antécédents personnels : réglée à 12 ans, régulièrement.

A été opérée à 51 ans pour fibrome et kyste de l'ovaire gauche (Hystérectomie subtotale). Ménopause depuis l'opération, avec troubles intenses : migraines, bouffées de chaleur, obésité, hypertension : 22-13.

Le tube digestif fonctionne mal : digestions difficiles, constipation habituelle.

Début de l'affection actuelle il y a un an par des démangeaisons vulvaires, pertes blanches, pesanteur dans le bas-ventre, douleurs pelviennes et lombaires.

Examen : vulve. Sur la partie interne des grandes lèvres, eczéma ancien lichénifié.

Grandes lèvres pigmentées rouges brunâtres avec commencement de desquamation.

Petites lèvres atrophiées, rouges, irritées. •

Lichénification sur la partie interne des cuisses, avec peau brunâtre et desquamation.

Toucher : vagin légèrement rétréci.

Col petit, sain.

Spéculum : sur les parois, pointillé hémorragique et trainées blanchâtres, bandes de sclérose.

Col atrophié, orifice punctiforme.

Traitement général :

Sulfate de magnésie	20 gr.
(par jour)	
{ Extrait d'ovaire	10 cgr.
{ Hypophyse	3 cgr.
{ Thyroïde	15 mgr.

Pour un cachet tous les matins.

Traitement local : Effluviation.

En 10 séances cessation des pertes, diminution de l'inflammation, du prurit, des irritations.

Après la seconde série de 10 séances tous ces symptômes disparaissent ; seulement les bandes de sclérose et la pigmentation persistent,

OBSERVATION n° 7

Vaginite et métrite.

M^{me} G. A..., âgée de 30 ans. Pas d'enfant. Pas de fausse couche. Hystérectomie subtotale.

Vient consulter à l'Hôpital de la Salpêtrière le 4 avril 1933 pour des pertes jaunes verdâtres datant de deux mois.

Antécédents personnels : Régée à 14 ans. Règles irrégulières, douloureuses. Ménopause en 1927 à la suite d'une hystérectomie subtotale pour salpingite double. Constipée.

Début de son affection il y a deux mois par écoulement jaune-verdâtre fétide, abondant, et par brûlures à la miction.

Examen local :

Toucher : culs-de-sac vaginaux un peu empâtés, col gros, mou.

Spéculum : vagin rouge, muqueuse enflammée, saignante, brides dans le fond du vagin.

Col rouge, gros, petite ulcération.

Traitement général : régime, vaccin en piqûres.

Traitement local : injections à la racine de guimauve.

Electro-coagulation et effluation en deux séries.

RÉSUMÉ. — Malade qui six ans auparavant avait souffert d'une affection gonococcique, subit au moment de la ménopause chirurgicale une recrudescence de sa maladie.

OBSERVATION n° 8 (Personnelle)

Vulvo-vaginite et prurit.

M^{me} T. N..., 50 ans. Pas d'enfant, pas de fausse couche. Vient consulter à l'Hôpital de la Salpêtrière le 12 janvier 1934 pour prurit et pertes jaunâtres abondantes, irritantes, non fétides, qui durent depuis un an.

Antécédents personnels : réglée à 15 ans, règles irrégulières, abondantes. A subi une hémicolectomie droite il y a un an, fait qui a provoqué la ménopause avec ses symptômes habituels : bouffées de chaleur, fatigue, vertiges, insomnies, commencement d'embonpoint. La malade a constaté en même temps l'apparition des pertes, augmentant de jour en jour, l'obligeant de se garnir. Ne sent aucune douleur spontanée du côté des organes génitaux sauf le prurit et l'irritation que lui cause la leucorrhée.

Du côté du tube digestif, la malade trouve que l'opération ne lui a apporté qu'une légère amélioration. Elle souffre encore des intestins et a même subi six séances de diathermie avant de venir consulter. Depuis le début de la ménopause, crises de diarrhée.

Appétit amoindri.

Début de l'affection actuelle il y a un an.

Examen local : vulve : grandes lèvres tuméfiées et rouges.

Toucher : vagin sensible au contact du doigt, légèrement rétréci.

Annexes normales.

Spéculum : vagin sensible, rouge, avec plaques échymotiques.

Col légèrement atrophié.

Orifice cervical rétréci.

Traitement local : injections à la racine de guimauve
20 gr. pour 1.000 tous les jours.

Traitement général :

1° Extrait total d'ovaire	{	ââ. 0,30 cgr.
Hypophyse		

Pour un cachet n° 12, un tous les matins :

2° Elixir parégorique	20
Sous-nitrate de bismuth	6
Sirop de ratanhia	30
Julep gommeux	q. s. p. 120

Traitement local : Le 12 janvier même, nous commençons la première séance d'effluation qui dure 10 minutes. Nous les continuons tous les deux jours et après la quatrième séance, nous constatons une diminution de la leucorrhée et de la sensibilité vaginale. Il reste encore une rougeur assez marquée et le prurit n'est pas calmé.

Après 10 séances, les pertes ont à peu près disparu et le prurit s'est atténué d'une façon remarquable. Le vagin n'est plus sensible ni au toucher ni au spéculum, mais comme la muqueuse a gardé encore quelques taches ecchymotiques et que la leucorrhée n'a pas complètement tari, nous la faisons revenir après une semaine de repos pour continuer les séances.

Le 9 février, nous recommençons les efflues, nous lui faisons encore dix séances et nous obtenons la guérison. Le prurit, l'irritation vulvo-vaginale, les pertes ont cessé.

La malade a repris l'appétit et a des selles moins fréquentes.

OBSERVATION n° 9 (Personnelle)

Vaginite trophique.

M^{me} T. A..., âgée de 44 ans. Un enfant. Hystérectomie subtotale.

Vient consulter à l'Hôpital de la Salpêtrière le 4 janvier 1934 pour pertes blanches, prurit et douleurs dans la région inguinale, qui datent depuis trois mois.

Antécédents personnels : a eu ses règles à 11 ans. Les règles étaient normales jusqu'à il y a sept ans quand elles ont commencé à être plus abondantes. On lui a trouvé à ce moment un fibrome de l'utérus et a subi une hystérectomie subtotale. Ménopause consécutive avec surexcitabilité, neurasthénie.

La malade est sujette à des dyspepsies fréquentes et s'est soignée pendant des années pour crises de coliques hépatiques.

A toujours été constipée.

Le début de l'affection actuelle date d'il y a trois mois, mais même avant, la malade avait une leucorrhée insignifiante qui ne la gênait pas beaucoup.

Depuis trois mois, elle est devenue plus abondante, irrite ses organes génitaux et provoque un prurit tenace qui force la malade à se gratter.

Examen : Orifice vaginal avec pointillé hémorragique.

Toucher : Rétrécissement vaginal.

Col sclérosé, sain.

Spéculum : taches ecchymotiques irrégulières, piqueté

hémorragique sur une muqueuse lisse, déplissée et rouge.

Col petit, rouge, sans exulcération.

Palper : ganglions inguinaux plus gros à gauche.

Traitement général : Opothérapie ovarienne : folliculine injectable.

Repos moral et physique.

Toniques. Régime.

Traitement local : injections à la décoction de guimauve deux fois par jour.

Effluviation.

Après la première série de 10 séances, la leucorrhée a diminué, l'irritation vulvo-vaginale a presque disparu, la muqueuse est moins rouge, les ganglions ont diminué de volume.

La malade est plus courageuse et se sent moins fatiguée qu'au début du traitement.

Nous la laissons se reposer pendant une semaine et le 2 février nous recommençons le traitement électrique. A la fin de la 12^e séance, la malade est guérie de tout prurit, de tout écoulement, de toute irritation et quitte le service satisfaite du résultat.

RÉSUMÉ. — Vaginite trophique chez une opérée, se greffant sur un terrain neuro-arthritique.

OBSERVATION n° 10 (Personnelle)

Vaginite trophique et vaginisme avec polype du méat.

M^{me} M. F..., 60 ans. Deux enfants. Pas de fausse couche. Vient consulter à l'Hôpital de la Salpêtrière le 4 fé-

vrier 1934 pour des douleurs pelviennes et spasme du sphincter vaginal qui durent depuis 5 mois.

Antécédents personnels : A toujours eu des règles douloureuses toutes les trois semaines. En novembre 1925, a été opérée pour une hernie crurale. Depuis l'opération elle souffre en introduisant la canule.

Constamment constipée, elle sent une pesanteur dans son bassin, qui lui provoque des douleurs à la moindre marche ou fatigue.

Il y a deux ans, on lui a fait 10 séances de rayons ultra-violet sur la région abdominale et 10 séances d'effluves pour la contracture du sphincter vaginal. Amélioration, mais récidive il y a cinq mois.

Elle a peu de pertes blanches, mais perd un peu de sang qu'elle attribue aux hémorroïdes.

Pas de brûlure à la miction, pas de prurit vulvaire.

Ménopause à 40 ans avec règles plus abondantes que d'habitude, puis cessant petit à petit. Troubles endocriniens : bouffées de chaleur, vertiges, susceptibilité exagérée.

Elle pleure facilement, crises de larmes au moment où elle raconte son histoire et quand on l'examine.

Constipation, hémorroïdes.

Examen local : nous la faisons revenir deux fois, la malade se laissant difficilement examiner.

Vulve : sans lésions appréciables. Méat urétral légèrement rouge avec polype pédiculé.

Toucher : orifice vaginal très étroit laissant difficilement passer un doigt. Canal rétréci dans sa partie inférieure. Col sensible petit. Utérus rétrofléchi.

Spéculum : nous nous servons d'un très petit spéculum que la malade supporte difficilement.

Vagin douloureux, rouge.

Quelques points hémorragiques dans le cul-de-sac postérieur.

Muqueuse atrophiée. Trainées blanchâtres dans le cul-de-sac gauche marquant la marche de la sclérose vaginale et la diminution du calibre.

Col saignant, avec muqueuse fragile, laissant à nu les vaisseaux.

Traitement général : repos moral et physique. Toniques. Régime.

Huile de paraffine : 2 cuillerées à soupe par jour.

Traitement local : attouchement du polype au nitrate d'argent.

Injections vaginales deux fois par jour à la décoction de racine de guimauve. Effluation.

Nous commençons la première séance d'effluation le 6 février. Nous promenons l'électrode soigneusement dans tous les culs-de-sac et dans toute la longueur du vagin, en même temps nous lui donnons des mouvements de circumduction et de latéralité pour atteindre toute la muqueuse irritée et pour obtenir le maximum de dilatation possible.

Nous remontons vers le fond du vagin, là où les lésions semblent plus accentuées, et nous cherchons à nous approcher aussi du col, sans buter contre lui, car la provocation de la douleur peut accentuer le spasme des constricteurs.

La séance d'effluves finie nous faisons à la malade des effluves rectales bien contre les hémorroïdes, avec un électrode spécial : pointu et augmentant de calibre.

Après cinq séances nous constatons que la muqueuse

est moins congestionnée, moins friable et ne laisse plus voir des gouttes de sang.

Le col a commencé un début de cicatrisation et saigne moins.

Le calibre du vagin est plus large et sans que la malade s'en aperçoive nous pouvons introduire des spéculums plus grands. Le polype diminue sous l'attouchement au nitrate d'argent, pour disparaître après la huitième séance.

Les douleurs sont moins marquées et la malade est plus calme.

Nous finissons la première série de 15 séances, nous laissons dix jours d'intervalle et nous recommençons la deuxième série de 15 séances.

A la fin du traitement, on ne voit aucune sérosité, aucune goutte de sang sur la muqueuse.

Le col cicatrisé, ne saigne plus. Parois plus ou moins souples, non douloureuses.

Le calibre du vagin quoique plus élargi qu'au commencement du traitement, est resté un peu rétréci.

Le polype du méat a complètement disparu.

Les hémorroïdes ne saignent plus mais existent encore.

RÉSUMÉ. — Malade commençant une atrophie du vagin fait un spasme surajouté provoqué par le polype du méat. Le tout sur un terrain arthritique et chez une nerveuse.

Le traitement a pu améliorer l'état névropathique, faire cesser le spasme, assouplir les muscles, tonifier la muqueuse, calmer la douleur mais n'a pas eu d'effet sur

la bande de sclérose qui s'opposait à l'augmentation du calibre vaginal.

La malade a été d'autant plus difficile à guérir que son affection était ancienne ; qu'elle a débuté il y a deux ans et demi.

CONCLUSIONS

La vaginite et le vaginisme très fréquents à la ménopause demandent pour évoluer un terrain spécial, arthritique ou nerveux.

La suppression physiologique ou anatomique des ovaires, le déséquilibre des autres glandes endocrines qui en résulte sont à la base de ces deux affections.

Des troubles trophiques s'ensuivent, amènent l'atrophie des différents organes qui composent l'appareil génital, favorisent et aggravent les symptômes de ces maladies. Des lésions locales ou de voisinage peuvent les provoquer.

Dans d'autres cas il n'y a aucune cause qui explique la vaginite, aucune lésion apparente qui explique le vaginisme. Ce sont les cas les plus rebelles au traitement.

S'il y a des lésions nettes, la guérison est plus facile à obtenir.

Le traitement doit être général et local.

Général : opothérapie ovarienne associée aux glandes endocrines nécessaires, régime, calmants.

Local : courants de haute fréquence sous forme d'effluation, injections émollientes.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

(Travaux depuis 1900.)

- Akatsaloff* (N. E.). — Sluchaï vaginizma razvivavshavosya na pochie kondilomatoznikh razroschtshemy naruzhnikli polovick chastei u novobrachnoi (J. akush. i. jensk. boliez, Saint-Pétersbourg, 1901, XV, 96-103).
- Aragon*. — Caractères psychiques du vaginisme (Rev. de l'hypnot. et psychol. physiol., Paris, 1900-1901, XV, 334-345).
- Audry* (C.). — Sur les dyspareunies vulvo-vaginales (Le faux et le vrai vaginisme) (Province Médic., Paris, 1913, XXIV, 191).
- Billinkin*. — A propos du vaginisme (Bull. off. soc. franç. d'électrothér., Paris, 1903, XI, 185).
- Bloch* (G.). — Note sur un cas de vaginisme traité et guéri par les courants de haute fréquence (Bull. off. soc. franç. d'électrothér., Paris, 1903, XI, 183).
- Budin* (P.). — Orifice vaginal et vaginisme (Bull. Soc. d'obst. de Paris, 1905, VIII, 296-298).
- Orifice vaginal et vaginisme (Berlin Klin. Wochens., 1905, XLII, 834).
- La membrane hymen et le vaginisme (Rev. gén. de chim. et de thérap., Paris, 1905, XIX, 372).
- Dalché*. — Le vaginisme, ses causes, ses symptômes et

son traitement (J. de méd. int., Paris, 1904, VIII, 169-171).

Dalché (Paul). — Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes. Paris, 1921.

Denikers (Michel) et Meurs (Lucienne). — Les courants de haute fréquence ou de d'arsonvalisation (Gynécologie, Paris, 1928).

Dittel (L. G.). — Psychophysical treatment of vaginismus (Wien. klin. Wchnschr., 42, 484-485, 11 avril 1929).

Dolérís. — Les vaginites (La Gyn., mars et mai 1908).

Darcanne-Mouroux (M^{me}). — La ménopause précoce. Thèse Paris, 1904.

Douay. — Gynécologie, Paris, 1928.

Eyraud-Dechaux (M^{me}). — Thèse Paris, 1914.

Fonss (A. L.). — Der Vaginismus (Nord med. ark. Stockholm, 1912, 3^e sér., XII, afd., I, haft. 4, 9 janvier 1921).

Francillon-Lobre (M^{me}) et Rouché. — Bulletin médical des 18 et 21 février 1925.

Funch-Brentano. — De l'emploi du ballon Champetier de Ribes dans le traitement du vaginisme (Gynécologie, Paris, 1911, XV, 623-634).

— De l'emploi du ballon Champetier de Ribes dans le traitement du vaginisme (Ann. méd. chir. Dour., 1913, XXI, 177).

Gasne (E.). — Le vaginisme (La Consultation, juin n° 26, p. 91).

Gravagna. — Vaginisme da vegetazioni vulvo-vaginali in donna garrula (ftus vaginalis) (Rassegna internaz. d. med. mod. Catania, 1901-1902 III, 204-206).

Hartmann (W.). — Ueber Vaginismus (8^e, Bonn, 1905).

- Hyinski (V. J.).* — Shichar vaginizma verkner tretı vlagalishtsha (ragmismus superior) (J. ahush. i. jensk. boliez, Saint-Péterb., 1906, XX, 693-703).
- Jennings (W. B.).* — Report of a case of vaginismus in a woman sixty-six years of age (Ann. Pract., N.-Y., 1912, XLVI, 413-415).
- Kan (E. G.).* — Spazm tazovovo dua (vaginismus) (J. akusk. i. jensk. boliez, Saint-Pétersb., 1912, XXVII, 1505-1507).
- Knopf (O.).* — Causes and treatment of vaginismus (Monatschr. ungar med. Med., 3, 12-16, 1929).
- Kohl (J.).* — Vaginismus (M. Albany, M. Herald, 1901-1902, XXI, 915).
- Kolischer (G.).* — Pseudo-vaginismus (Ann. J. Obst. N. Y., 1903, XLVIII, 821-823 (Discussion)).
- Kraus (E.).* — Zum Prinzip der Adhasion in der Sceide (Klin. therap. Wochen. Wien., 1909, XVI, 193-198).
- Kimtzsche.* — Kohabitationshinerins infolge von Kymenalcyste und Vaginismus Konzeption trotz fehlender Defloration (Zentralb. f. gynak. Leipzig, 1907, XXXI, 1403).
- Laffont (Amédée).* — Gynécologie, Paris, 1932.
- Laquerrière (A.).* — Le traitement électrique du vaginisme (Bull. off. soc. fr. d'électrothér., Paris, 1903, X, 244-252).
- La Torre (F.).* — Poche considerazioni intorno al vaginismo (Clin. Ost. Roma, 1911, XIII, 530-538).
- Lynds (J. G.).* — Vaginismus (J. Mieh. M. soc., Détroit, 1905, IV, 125).
- Michaelis.* — Fall von vaginismus (Deutsche med. Wochens., Leipzig u. Berlin, 1907, XXXIII, 828).
- Marion (Sims).* — Obstet. trans. Londres, 1862.

- Michon et Wertheimer.* — Vaginisme. Névrotomie unilatérale du nerf honteux interne (Soc. méd. et Soc. méd., Lyon, 14 mars 1923).
- Minime.* — La médecine anecdotique dans un cas de penis captivus, l'accouchement par les armes à feu (J. de méd. de Paris, 1906, 2^e série, XXIII, 363).
- Oberlander.* — Zur Behandlung des vaginismus mittels eines neuen Scheiden-dilatators (Zentralbl. f. Gynak. Leipzig, 1909, XXXIII, 178).
- Oliva.* — La cura chirurgica del vaginismo (Liguria med. Genova, 1913, VII, 237-239).
- Ortega (J. J.).* — Un caso de vaginismo operato (Juvenuto med. Guatemala, 1900, II, 109-112).
- Piccione (L.).* — Vaginismo e dispareunia (Clin. ostet. Roma, 1906, VIII, 193-199).
- Reder.* — The treatment of vaginismus (The Journal Amer. of Obst. and Gynecol., mars 1928, p. 420).
- Reich (J.).* — Vaginismus und erfolgte Schwangerschaft ein Fall, mit zwei weiteren Fallen von Konzeption ohne Immissia penis (Gynak. Rundschau, Berlin et Wien., 1911, V, 576-585).
- Richelot (L.-G.).* — Sur l'étiologie du vaginisme (Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1908, n. s. XXXIV, 1086-1092).
- Rothe (H.).* — Ist beim Vaginismus eine blutige Erweiterung notwendig (Ztsch. f. Geburtsh. u. Gynak., Stuttgart, 1913, LXXIII, 479-486).
- Rouzier (M^{lle}).* — Thèse de Paris, 1932.
- Saquet.* — Traitement du vaginisme par le massage suédois (procédé de Thure Brandt) (Gaz. méd. de Nantes, 1903, 2^e sér., XXI, 820-823).
- Traitement du vaginisme par le massage sué-

dois (procédé de Thure Brandt) (Rev. de cinésie, Paris, 1903, V, 190-194).

- Traitement du vaginisme par le massage suédois (procédé de Thure Brandt) (Rev. prat. d'Obst. et de Gynéc., Paris, 1903, XIX, 390-392).

Sundelar. — Stenosis vaginae hymenalis et vaginismus (Casop. lek. cesk. v. Frage, 1908, XLVII, 639).

Siredey (A.). — Le pseudo-vaginisme (Journ. de Méd. et Chirurg., 10 oct. 1927, p. 685).

Ruge. — Zeitschr. f. Geh. und Gyn., 1879.

Travel (L.). — La résection du nerf honteux dans le vaginisme et le prurit de la vulve (Rev. de chirur., Paris, 1902, XXII, 145-163).

Van Rooy (A. H. M. J.). — Het vaginisme (Feestb opgedr aan H. Treub. Leiden, 1912, 293-304).

Vedeler. — Vaginismus vaginalis (Norsk. Mag. f. Laege vidensk. Kristiania, 1907, 5, R., 324-327).

Verchère. — Traitement du vaginisme (Méd. mod., Paris, 1900, XI, 97).

Walthard (M.). — Die psychogene Aetiologie und die Psychotherapie des Vaginismus (München med. Wochens., 1909, LVI, 1909, LVI, 1998-2000).

X... — Prurit vulvaire et vaginisme traités par la résection du nerf honteux interne (Policlin., Bruxelles, 1902, XI, 304).

* * *

Galmier. — Thèse de Paris, 1926.

Genest (Louis). — Hygiène et pathologie de l'âge critique, 1922.

Gianella (C.). — Partial avulsion of levator ani and

internal hemorrhage (hematoma) resulting from vaginismus during delivery case (Schweiz. med. Wchr. 62, 792, Aug. 27, 1932).

Gasquet (P.). — Du vaginisme rebelle traité par l'émanothérapie (II^e Congrès de la Soc. française de gynécologie, Luxeuil, 3-4-5 juin 1933 (Revue française de gynécologie, n^o 8, août 1933).

Gianella. — Déchirure partielle du plancher pelvien avec hémorragie interne contre ce vaginisme sub-partum (Schweiz. mediz. Woch., n^o 35, 27 août 1932 ; Presse méd., n^o 87, 29 oct. 1932).

Olivier (R.). — Sur un cas de vaginisme dyspareuniqué guéri par la résection du nerf présacré (Soc. de chir. de Lyon, séance du 7 mai 1931).

— Sur un cas de vaginisme dyspareuniqué guéri par la résection du nerf présacré (Lyon chir., 28, 747-749, nov.-déc. 1931 ; Gynécologie, 31, 55, janvier 1932-1933.)

Reder (F.). — Treatment of vaginismus (Am. J. Obst. et gyn., 15, 420-423, mars 1928).

Siredéy (A.). — Le pseudo-vaginisme (Médecine, 12, 261-266, avril 1931).

Stoïanovitch. — Prurit vulvaire et vaginisme. Névrotomie bilatérale du nerf honteux interne, guérison (Bull. et mém. Soc. nat. de chir., 58, 342, March 5, 1932).

Vinay (Ch.). — La ménopause (Encycl. scient. des aides-mémoire).
